

хирургии им. Грекова, 2016. – Т. 175. – № 4. – С. 19–23.

3. Эффективность лапароскопической продольной резекции желудка у больных ожирением / Яшков Ю. И. [и др.] // Ожирение и метаболизм. – 2015. – № 12. – С. 20–28. – Mode of access: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-laparoskopicheskoy-prodolnoy-rezektsii-zheludka-u-bolnyh-ozhireniem/>. – Date of access: 30.05.2018.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И СТЕНОЗОМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА.**

**<sup>1</sup>Колоцей В.Н., <sup>2</sup>Страпко В.П., <sup>2</sup>Варсевич И.Г., <sup>2</sup>Клименко Н.Ф., <sup>2</sup>Жук С.А.,  
<sup>2</sup>Якимович Д.Ф., <sup>2</sup>Кветко В.В.**

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи»

**Актуальность.** В связи с неуклонным увеличением частоты возникновения калькулезного холецистита и панкреатита хирурги все чаще сталкиваются с осложненными формами этих заболеваний. Значительную часть осложнений составляют холедохолитиаз и поражение большого дуоденального сосочка. Рубцовые стенозы и камни ампулы большого дуоденального сосочка являются причиной нарушения пассажа желчи и панкреатического сока у 15–30% больных с осложненными формами калькулезного холецистита. В связи этим проблема хирургического лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и папиллостенозом, продолжает оставаться весьма актуальной. Одним из основных методов лечения пациентов с данной патологией является рассечение большого дуоденального сосочка хирургическим или эндоскопическим путем, что не только устраняет возникшее препятствие для оттока желчи, но и, при правильном выполнении, служит надежной гарантией предотвращения повторного развития рестеноза и холедохолитиаза.

**Целью исследования:** проанализировать и обобщить результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

**Материалы и методы.** Нами был проведен анализ результатов лечения 200 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно, с 2015 по 2017 годы, которым наряду с холецистэктомией выполнялись вмешательства на внепеченочных желчных протоках. При этом трансдуоденальная папиллосфинктеротомия была выполнена 132 (66,0%) пациентам, ХДА наложен 55 пациентам (27,5%), двойное внутренне дренирование призведено в 13 (6,5%) случаях. Это были пациенты в возрасте от 24 до 87 лет, мужчин было 69 (34,5%), женщин – 131 (65,5%). Механическая желтуха разной степени выраженности (от 29 до 300 мкмоль/л) была отмечена у 144 пациентов (72,0%).

В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных и других методов.

**Результаты и обсуждение.** При поступлении в стационар всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование. Конкременты в желчном пузыре были выявлены у 196 пациентов (98,0%). Расширение холедоха свыше 10 мм отмечено у 77 больных (38,5%), холедохолитиаз диагностирован у 84 пациентов (42,0%). Большое значение имели результаты биохимического исследования. Значительную помощь в диагностике оказывало МРТ-исследование, проводимое по программе магнитно-резонансной холангиографии, что обеспечило высокую точность дооперационной диагностики. Данное исследование выполнено 165 пациентам (82,5%). Фиброгастродуоденоскопия произведена 100% пациентов, при этом в 9 случаях (4,5%) выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, а в 1 (0,5%) – желудка. Пациентам с диагностированной язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки оперативное лечение выполнялось после курса противоязвенной терапии и рубцевания язвы.

В качестве оперативного доступа использовали верхнесрединную лапаротомию. В ряде случаев, чаще при выполнении повторных операций, шли разрезом параллельно правой реберной дуге. После выполнения холецистэктомии обнажали холедох, оценку его состояния проводили визуальным методом. Показаниями для выполнения супрадуоденальной холедохотомии явились холедолитаз, холедохолитиаз в сочетании со стенозом большого дуоденального сосочка, изолированный стеноз большого дуоденального сосочка выявлен только у 9 (4,5%) пациентов. Абсолютным показанием к проведению папиллосфинктеротомии являлся стеноз большого дуоденального сосочка, «вклиненный» конкремент в терминальном отделе холедоха или сочетание обоих этих осложнений.

При выполнении оперативного вмешательства использовалась стандартная методика с выполнением холецистэктомии, холедохотомии, дуоденотомии на передней стенке 12-перстной кишки, трансдуоденальной папиллосфинктеротомии на зонде, проведенном в дистальную часть холедоха. Операцию заканчивали наружным дренированием холедоха по Вишневскому, Пиковскому, Керу, Кертте.

Показаниями к наложению ХДА было обнаружение множественные мелких камней в желчных протоках, в том числе и внутривнутрипеченочных, гепатиколитиаз, хронический холангит с замазкообразной желчью и значительным расширением (свыше 1,5 см) холедоха, а также протяженный стеноз БДС. В связи с этим у 55 пациентов (27,5%) холедохотомию завершили наложением холедоходуоденоанастомоза. ХДА накладывали по Флеркену (96,5%) и по Юрашу-Виноградову (3,5%).

13 пациентам (6,5%) в связи со значительным расширением холедоха (более 2 см) выполнено двойное внутреннее дренирование холедоха. В этом случае, дополняя друг друга, два указанных метода устраняли недостатки каждого из них.

**Выводы.** Выбор метода оперативного пособия в пользу папиллосфинктеротомии или холедоходуоденостомии зависит от наличия показаний в каждом конкретном случае. Соблюдение таких подходов позволит уменьшить количество неудовлетворительных результатов, что улучшит результаты оперативного лечения пациентов с осложнениями желчнокаменной болезни.

Вместе с тем все более широкое распространение получают эндоскопические и лапароскопические методы коррекции патологии внепеченочных желчных протоков. Большинство авторов отмечают преимущества применения эндоскопической папиллосфинктеротомии как в экстренном, так и в плановом порядке, в качестве предварительного и окончательного способа лечения осложненных форм холецистита, а также ближайших и отдаленных осложнений у ранее оперированных пациентов. К сожалению, в нашей клинике мы не имеем возможности использовать данный метод. Улучшение материальной базы, оснащение хирургических отделений современной эндоскопической и лапароскопической техникой позволило бы значительно повысить эффективность лечения пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Батвинков, Н.И. Механическая желтуха (диагностика и лечение) / Батвинков Н.И., Гарелик П.В. – Гродно, 2001. – 156 с.
2. Майстренко, Н.А. Холедохолитиаз / Майстренко Н.А., Стукалов В.В. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. – 288 с.

### **АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ КОРОНАРОГРАФИЙ**

***Комягин Д.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность.** По подсчетам ВОЗ, к 2030 году от сердечнососудистых заболеваний ежегодно будут умирать около 23,6 миллионов человек, то есть единственной основной причиной смертности, по-прежнему будут болезни сердца [1, 4].

В связи с этим одним из перспективных направлений, на наш взгляд, является изучение особенностей клинико-анамнестических характеристик коронарного кровообращения в развитии заболеваний сердечнососудистой системы и их связи со стенозом коронарных артерий [2, 4].

**Цель.** Анализ клинико-анамнестических характеристик (анамнеза, жалоба, клинических проявлений) у пациентов со стенозами коронарных артерий по данным коронарографий [5].

**Методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ